**Certificat de prolongation de l’arrêt de travail**

**(remplace CERFA 10170\*06)**

**Identification de l’agent**

Nom de l’agent :

Prénom de l’agent :

Date des arrêts de travail : du au inclus

Type de congés :

Congé de Maladie Ordinaire (CMO)

Congé de Longue Maladie (CLM)

Congé de grave maladie (CGM)

Congé de Longue Durée (CLD)

 Disponibilité d’Office pour Raison de Santé (DORS)

[ ]

**Avis du médecin**

Je soussigné(e), Docteur

Après avoir examiné Monsieur, Madame

Employé(e) par la collectivité de :

Certifie :

[ ]  que l’état de santé du patient justifie la prolongation du congé pour raison de santé coché ci-dessus à compter du au inclus (période de 3 à 6 mois maximum).

[ ]  avoir été informé de la possibilité de contrôle des arrêts de travail prescrits. Un justificatif médical pourra être demandé par un médecin contrôleur ou par le Conseil Médical Départemental

 Le ../../….

 Cachet et signature du médecin,